

De l'Énucléation primitive dans les Strumites

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 15 Décembre 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ROGER VITTOT

Né le 15 février 1893, à Avanne (Doubs)



LYON
IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46

—
1920

**De l'Énucléation primitive
dans les Strumites**

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. LEPINE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, POLLOSSON (M.)

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.....	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique	FABRE
Clinique des maladies des enfants.....	ROLLET
Clinique des maladies des femmes.....	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires.....	WEILL
Clinique chirurgicale des maladies des enfants.....	POLLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	LANNOIS
Chimie biologique	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie	NOVE-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique.....	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie.....	MOREL
Anatomie générale et Histologie.....	MOREAU
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	POLICARD
Anatomie pathologique	DOYON
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée.....	MOURIQUAND
Médecine légale.....	PAVIOT
Hygiène	VILLARD
Thérapeutique.....	ARLOING (F.)
Pharmacologie	ETIENNE MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Pathologie externe.....	VALLAS
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chimie minérale	BARRAL
Accouchements	COMMANDEUR
Embryologie	HOVELACQUE
Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Urologie	GAYET
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	CADE	COTTE	CORDIER
COMMANDEUR	GUILLEMARD	DUROUX	ROUBIER
NOGIER	GARIN	HOVELACQUE	FAVRE
BRETIN	SAVY	TRILLAT	MURARD
LERICHE	FROMENT	SARVONAT	BONNET
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (Lucien)	FLORENCE	GRAVIER, chargé de fonctions
TAVERNIER	PIERY	ROCHAIX	

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. BERARD, *Président*; M. NOVE-JOSSERAND, *Assesseur*;
MM. PATEL et TAVERNIER, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

De l'Énucléation primitive dans les Strumites

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 15 Décembre 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ROGER VITTOT

Né le 15 février 1893, à Avanne (Doubs)



LYON
IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46

—
1920

A MON PÈRE, A MA MÈRE

C'est à vous qu'est dédié ce travail,
faible témoignage d'une grande affec-
tion et d'une profonde reconnaissance.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE,

Soldat au 204^e Régiment d'Infanterie,

Disparu le 24 mars 1918 près de Chauny (Aisne)

A LA MÉMOIRE DE MES ONCLE ET COUSINS,

Morts pour la France

(1914-1918)

A MES PARENTS,

A MES AMIS,

A M. LE PROFESSEUR BERARD,

Professeur de Clinique chirurgicale,

Chirurgien des Hôpitaux,

Chevalier de la Légion d'Honneur.

Pour le très grand honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider à la soutenance de notre thèse. Qu'il nous soit permis de lui présenter ici l'expression respectueuse de notre profonde gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PATEL,

Chirurgien des Hôpitaux,

Chevalier de la Légion d'Honneur.

Il nous a inspiré ce travail et a guidé nos premières recherches avec l'amabilité dont il est coutumier. Nous ne saurions oublier sa bienveillante sympathie.

A MES MAÎTRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE BESANÇON, DE LA FACULTÉ DE LYON

ET DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.

A l'occasion des observations, prises dans le service de M. le Professeur Patel, de deux malades atteintes de strumite suppurée dont la guérison fut obtenue, chez l'une, par la simple incision suivie du drainage, chez l'autre, par l'énucléation primitive, nous allons essayer de préciser les indications de chacune de ces méthodes opératoires.

Nous ne ferons naturellement pas une étude complète de cette affection bien connue ; cependant nous en rappellerons très brièvement l'histoire, renvoyant, pour plus de détails, à l'excellent article de M. le Professeur Bérard, dans le « Traité de Chirurgie de Delbet et Le Dentu ».



Digitized by the Internet Archive
in 2026

PREMIÈRE PARTIE

DES STRUMITES

La strumite est l'inflammation évoluant sur une glande thyroïde goîtreuse. Tout en étant une complication bien connue des vieux goîtres, elle n'est cependant pas d'observation très courante.

C'est au XVII^e siècle que les inflammations thyroïdiennes ont été signalées pour la première fois. A cette époque, Bonnet dit avoir trouvé une matière purulente dans un goître, à l'autopsie d'une jeune fille. J.-L. Petit donne trois observations de goître suppuré dont l'une concerne sa propre femme. A partir de la fin du siècle dernier, les observations se multiplient.

La strumite, maladie de l'âge adulte, a une prédilection marquée pour le sexe féminin; c'est l'infection qui est la cause réelle de toute inflammation thyroïdienne. Toutes les maladies infectieuses peuvent compter la strumite au nombre de leurs complications. La fièvre typhoïde a le rôle étiologique le plus important; puis viennent les accidents puerpéraux, le rhumatisme

articulaire aigu et le paludisme. L'existence d'un goître fait du corps thyroïde un lieu de moindre résistance; les vaisseaux sont dilatés, la circulation est ralentie; tout contribue à faire de l'organe lésé un endroit propice à la prolifération des germes.

Nous nous arrêterons plus longuement sur l'anatomie pathologique des strumites, car les divers aspects anatomiques que présentent ces affections et leur transformation fréquente de l'une en l'autre sont souvent les raisons qui feront intervenir précocement et largement le chirurgien. Conformément à la description faite par M. le Professeur Bérard, nous distinguerons :

a) Les **strumites disséquantes**, dans lesquelles, les lésions ayant franchi les limites de la thyroïde, la glande baigne au milieu d'une sérosité roussâtre. La capsule est perforée par places, il subsiste une mince coque de tissu thyroïdien parsemé de petits abcès, au-dessous de laquelle se trouve une zone putrilagineuse refoulant les vestiges nécrosés du lobe thyroïdien;

b) Les **strumites avec nécrose prolongée**, qui se produisent dans de vieux goîtres fibreux dont les noyaux se trouvent isolés de leur coque par une infection. Dès lors, ainsi qu'il arrive pour tout corps étranger placé en milieu septique, une fistule s'établit, qui dure jusqu'à l'élimination de ces parcelles nécrobiosées. Des infections secondaires peuvent venir activer la destruction du lobe ;

c) La **strumite fibreuse**, aboutissant de nombre de strumites chroniques, goîtres fibreux et calcifiés des vieillards, anciens goîtres colloïdes soumis depuis des années à des inflammations atténuées.

La symptomatologie consiste ordinairement en un grand frisson, suivi d'élévation de température et en l'apparition, dans la région sous-hyoidienne, d'une douleur vive, s'irradiant vers la nuque, exagérée surtout par l'extension de la tête. L'inspection de la région cervicale décèle une augmentation de volume d'un lobe thyroïdien; à la palpation, on sent une masse profonde, solidaire du conduit laryngo-trachéal; le déplacement, indolore dans le sens transversal, est douloureux dans le sens vertical. Très tardivement la glande devient fluctuante en un point, puis apparaissent les signes de voisinage : dyspnée et toux quinteuse.

Si ces troubles peuvent disparaître assez rapidement, très souvent la suppuration se collecte au milieu d'une recrudescence des symptômes.

Le diagnostic doit être fait avec les adénites sternomastoïdiennes, l'adéno-phlegmon carotidien, le phlegmon large du cou et, la localisation de l'affection une fois effectuée, il faut encore distinguer la strumite des autres affections thyroïdiennes à marche aiguë, quoique non inflammatoires : goître aigu, goître hémorragique et goître malin.

Le pronostic dépend des altérations préalables dues au goître, de l'état général du malade et de la virulence du microbe en cause; nous montrerons qu'il est aussi sous la dépendance d'une intervention précoce et large.

DEUXIÈME PARTIE

LEUR TRAITEMENT

CHAPITRE PREMIER

De l'incision simple et du drainage consécutif

La question du traitement des strumites constituant la partie essentielle de notre étude, nous passerons en revue les divers procédés employés pour assurer la guérison de cette affection en discutant, chemin faisant, les avantages et les inconvénients de chacun d'eux.

Depuis longtemps on ne s'attarde plus au seul traitement général et antiphlogistique local : quinine, antipyrine, cataplasmes, compresses chaudes au devant du cou. Dans les cas typiques, en effet, la résolution est rare, l'état général est grave, les troubles fonctionnels sont très marqués.

Il faut donc évacuer le pus le plus tôt et le plus largement possible. Signalons à titre historique seulement

les ponctions, simples ou suivies d'injections antiseptiques.

En règle générale, le traitement de toute strumite consiste dans l'incision et le drainage aussi parfait que possible. Au début des strumites, la cavité purulente est nettement limitée et c'est là une condition éminemment favorable pour une évacuation simple. Mais, étant donné le siège et les caractères anatomiques de l'abcès, pour que l'opération soit efficace, il faut que l'évacuation soit complète et que le drainage se fasse bien. D'où la nécessité de faire parfois suivre la première incision d'une contre-ouverture, plus latérale ou plus postérieure, et d'introduire dans la plaie des drains et des mèches de gaze destinés à assurer l'écoulement du pus. On devra donc exercer la plus grande surveillance de la plaie au point de vue du drainage et se baser toujours sur l'état de la température, plus encore que sur l'état local, pour se rendre un compte exact de la marche de l'affection. Il suffit ordinairement de ne renouveler le pansement qu'une fois tous les jours ou tous les deux jours. Tous les soins consisteront à éviter la rétention et à laisser la plaie se cicatriser par la profondeur. On ne devra donc retirer que très lentement mèches et drains, en les remplaçant, au fur et à mesure de la cicatrisation, par des drains plus étroits et par des mèches moins profondes. On ne les enlèvera que quand la guérison sera à peu près complète en superficie et en surface.

Cette guérison, d'ailleurs, est quelquefois assez longue; dans quelques cas, elle demande jusqu'à plusieurs semaines pour être définitive.

Mais la détente produite par l'évacuation du pus conjure d'ordinaire les accidents : la température s'abaisse, la respiration devient facile et, dans la plupart des cas, la guérison survient sans encombre.

Cette heureuse issue se produira surtout dans les cas de strumites développées sur des kystes thyroïdiens, à paroi mince et lorsque le microbe, cause de l'infection primitive, sera de virulence faible, le bacille d'Eberth, par exemple.

C'est le cas, notamment, de la strumite typique dont était atteinte une des malades de M. le Professeur Patel.

OBSERVATION I

(Recueillie dans le service de M. le professeur PATEL)

B... Antoinette, 36 ans, ménagère, demeurant à Lyon, est envoyée le 13 décembre 1919, de la salle des typhiques de l'hôpital de la Croix-Rousse dans le service chirurgical de M. le professeur Patel.

Il n'y a rien d'intéressant à signaler dans ses antécédents héréditaires et personnels, avant la fièvre typhoïde dont elle vient d'être atteinte.

Cependant, depuis plusieurs années, la malade portait un léger goître, non douloureux. Il y a trois semaines environ, cette tumeur a subi une augmentation progressive de volume, coïncidant à peu près avec le début de la fièvre typhoïde. Celle-ci a été soignée à l'hôpital et a évolué favorablement, sans complications.

A l'entrée de la malade dans le service de chirurgie, on constate, à la partie moyenne et inférieure du cou, une tumeur de la grosseur d'une mandarine, chaude, douloureuse à la palpation, mobile avec les mouvements de déglutition, pendant lesquels elle augmente de volume, comme si une partie d'elle-

même était de siège intrathoracique; elle ne présente pas de mobilité latérale.

La température est de 40°; le pouls bat à 120; la dyspnée est assez prononcée.

Depuis le 18 décembre, la température est tombée à 38°; il y a une amélioration de l'état général, une diminution des symptômes aigus de l'affection thyroïdienne, le goître persiste, non douloureux.

C'est à ce moment que l'intervention est pratiquée : grâce à l'anesthésie locale, on fait une incision verticale sur la ligne médiane; la pénétration dans le corps thyroïde donne immédiatement issue à un grand verre de pus bien lié; on fait le drainage simple.

L'amélioration est continue depuis ce jour et, le 9 janvier, l'abcès thyroïdien a complètement disparu.

La malade sort tout à fait guérie le 18 janvier.

L'examen bactériologique du pus a décelé des bacilles mobiles, courts, ne prenant pas le Gram, agglutinés à 1/1.000^e par le sérum anti-Eberth. Il s'agissait donc bien d'une strumite typhique.

Malheureusement, l'incision simple et le drainage, même bien surveillé, ne suffisent pas dans tous les cas, pour des raisons surtout anatomiques; car l'élimination du liquide septique et la cicatrisation par accolement progressif du tissu thyroïdien sain exigent, comme nous l'avons vu, plusieurs semaines de drainage. Le corps thyroïde, précisément à cause de sa structure molle et vasculaire, se laisse disséquer par la suppuration qui l'envahit; les aponévroses qui le circonscrivent reviennent difficilement sur elles-mêmes pour accoler les parois du foyer, et la source du pus est plus longtemps à se tarir que dans beaucoup d'autres régions du corps.

En outre, après l'incision, le kyste avec sa paroi intacte persiste et n'a pas de tendance à s'éliminer ;

cette paroi kystique peu rétractile, sans tendance à l'élimination spontanée, entretient cette suppuration rebelle à tous les lavages modificateurs possibles.

Une autre cause de rétention du pus existe dans les strumites rétro-sternales, très-profondes. En pareil cas, l'écoulement du pus est insuffisant, malgré le drainage, l'emploi de mèches, l'aspiration, car il siège dans une sorte de cuvette. Le pus stagne parce qu'il ne peut être éliminé par une ouverture faite au point déclive de la paroi de l'abcès.

Mais les dangers d'une suppuration prolongée dans un goître sont très grands. Les malades sont exposés, pendant toute la durée de cette élimination lente, à des bronchites, à des broncho-pneumonies, à des médiastinites; la pleurésie peut aussi se produire par voie lymphatique. Le plus souvent, le pus qui stagne a de la tendance à marcher vers la peau mais il peut aller vers la profondeur, envahissant les plans cervicaux. Fixé par l'aponévrose profonde du cou, il peut fuier dans le tissu cellulaire, suivre la trachée, les vaisseaux du cou, gagner tantôt le médiastin antérieur, tantôt le médiastin postérieur, et l'on comprend tout de suite les dangers de pareilles complications. On a noté des ulcérations de la carotide et de la jugulaire interne par le kyste thyroïdien suppuré. On peut aussi redouter des phlébites, la pyohémie comme dans toute inflammation très prolongée. Enfin, la suppuration de la glande peut entraîner les dégénérescences amyloïdes du foie et du rein.

CHAPITRE II

De l'énucléation

Il semble donc qu'il y a souvent mieux à faire qu'une simple incision avec drainage contre les strumites. Le traitement idéal ne serait-il pas celui qui supprime le foyer de la maladie, en mettant ainsi le malade à l'abri d'une suppuration très prolongée et d'une récidive, ce qui est à craindre toutes les fois que le traitement n'a consisté qu'en une simple incision ? Aussi croyons-nous que l'inefficacité de la simple incision doit commander l'ablation du goître suppuré.

Outre les critiques déjà adressées à la méthode de l'incision pure, il peut aussi arriver que les noyaux goitreux, au centre desquels se fait la suppuration, se sphacèlent en bloc et forment de gros amas difficilement évacuables par une simple incision. Si l'on fait le diagnostic de strumite assez tôt, on peut énucléer les noyaux goitreux alors qu'ils ne font encore que commencer à suppurer à leur centre : on fait alors une opération aseptique où la guérison est beaucoup plus rapide et la cicatrice meilleure, puisqu'on se tient en dehors du pus sans lui permettre de se répandre, absolument comme on enlève un kyste sans ouvrir sa poche. L'énucléation sera donc le traitement de choix lorsqu'il

s'agira d'adénomes thyroïdiens, à contenu colloïde ou plus ou moins solide.

L'incision simple expose aussi à des hémorragies sérieuses à cause du grand développement vasculaire fréquent dans les goîtres. Dans certains cas même, où l'évacuation du pus devient nécessaire dans une période où il se trouve encore logé dans la profondeur de la glande, l'incision, regardée généralement comme le traitement opératoire le plus simple, peut devenir des plus difficiles, à la suite de l'hémorragie, et l'on peut se voir obligé, dans le courant d'une pareille incision, de procéder à l'extirpation du lobe. Kümmer et Tavel en citent un cas personnel.

Nombre de strumites également, développées sur de vieux goîtres à centre kystique et scléreux suppurent indéfiniment après l'incision; il peut même se développer des infections secondaires, complications pouvant nécessiter une intervention ultérieure.

Enfin, ce mode de traitement est l'application, en somme, au corps thyroïde, de préceptes thérapeutiques admis sans conteste pour la trompe, les ganglions, les glandes de Bartholin, les kystes sébacés. On supprimera le kyste thyroïdien enflammé comme on supprime un ganglion ou une trompe qui entretiennent de la rétention septique, malgré des incisions de drainage aussi parfaites que possible. C'est là un type de maladie infectieuse chronique traitée par l'extirpation de l'organe atteint. Il s'agit donc d'une véritable méthode curative dont les applications sont multiples. D'une manière générale, lorsqu'un organe a été atteint d'une façon telle que la réparation semble impossible, il vaut mieux,

lorsqu'il s'agit de strumite, d'adénopathie chronique ou d'inflammation d'un organe dont on peut faire sans inconvénient l'extirpation partielle, avoir recours d'emblée à cette extirpation. La strumite aiguë réclame l'ablation radicale, de même que les salpingites, les kystes hydatiques suppurés, les bartholinites; l'extirpation qui supprime une large surface suppurante peut être substituée, sans dangers, à des procédés conservateurs, lorsque ceux-ci se sont démontrés insuffisants.

Il y a plus : cette cure radicale des strumites peut même être appliquée à un grand nombre de thyroïdites suppurées, c'est-à-dire à des glandes thyroïdes atteintes de suppuration, tout en étant exemptes de goître, au moins en apparence. Car les strumites proprement dites, ou suppurations de kystes, sont beaucoup plus fréquentes que les thyroïdites. M. Delore considère même ces dernières comme tout à fait exceptionnelles, car beaucoup de petits goîtres, plongeants ou non, restent ignorés des malades qui les portent jusqu'au jour où leurs noyaux kystiques subissent la transformation purulente. C'est ainsi que quatre thyroïdites consécutives, observées dans le service de Poncet et qui ont été traitées par l'incision de la poche purulente ou par la strumectomie, étaient manifestement des kystes suppurés.

CHAPITRE II

A quelle époque faut-il pratiquer l'énucléation ?

Toutes ces raisons militent donc en faveur de l'ablation du goître suppuré. Mais à quel moment faut-il opérer ?

1° Enucléation secondaire post-fébrile.

Tout d'abord, la strumectomie a dû être pratiquée à une époque tardive, post-fébrile, dans les cas de noyaux goitreux suppurés et fistuleux. De même qu'un curage bien fait rend aux tissus leur vitalité dans le cas de séquestre osseux plongeant au milieu du pus, quand cette interminable suppuration influe sur l'état général du malade et que les pansements répétés ne modifient pas l'état local, de même, l'énucléation des noyaux goitreux suppurés dans les strumites anciennes amène la guérison du malade. On aura donc fait une incision primitive au moment des accidents aigus et, la suppuration continuant malgré les lavages de la plaie, entretenue qu'elle est par des brides de l'enveloppe du kyste, on sera autorisé à opérer. C'est la strumectomie à froid, dans la période post-fébrile, quand il s'agit de noyaux goitreux et fistuleux, comme Jaboulay et Viannay en ont rapporté un exemple.

OBSERVATION II (résumée)

(Publiée dans la *Province Médicale*, 25 mars 1900))

Un cas de strumite avec ablation secondaire du goître

En août 1900, M. Vianney observa, dans le service de Jaboulay, un cas de strumite chez une femme âgée de 51 ans.

Originaire de Saint-Béron (Savoie), cette malade était fille d'un père goitreux.

Personnellement, cette femme a toujours été bien portante. Quant au goître qui fut le siège d'accidents infectieux, il est difficile de préciser l'époque de son début. Très petit à l'origine, il subit une augmentation de volume passagère, à l'occasion de chaque grossesse.

Après l'influenza, contractée en janvier 1900, ce goître ne cessa d'être douloureux; au début d'avril, il se mit à augmenter rapidement de volume, tandis que la respiration et la déglutition étaient de plus en plus gênées. Aussitôt, la peau devint rouge, à gauche, et la dyspnée étant de plus en plus vive, la malade fut admise le 1^{er} mai 1900 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de Jaboulay.

Toute la région antérieure du cou était distendue par une tuméfaction massive; une incision, faite au point culminant, donna issue à 250 gr. de pus.

On draina la poche, qui continua à suppurer abondamment. Le 5 mai, on incisa une seconde collection purulente, située sur la ligne médiane, que l'on mit en communication avec la première.

Après la deuxième incision, la tuméfaction s'était notablement circonscrite, grâce à la disparition des phénomènes inflammatoires. Elle continua à s'affaïssir et, le 5 juin, la suppuration ayant beaucoup diminué, le professeur Jaboulay put procéder à l'extirpation du goître. Il fut impossible d'énucléer la masse thyroïdienne restante. On enleva par morceaux la plus grande partie, par une incision en H utilisant partiellement les anciennes. Puis, on laissa tout ouvert, afin de permettre l'élimination des résidus du goître.

Au bout de deux mois, cette élimination était complète, et les incisions étaient cicatrisées par seconde intention.

Mais dans ces strumites primitivement aiguës et devenues chroniques, l'extirpation, alors nécessaire, sera très difficile vu la présence de tissu conjonctif inflammatoire qui soude le goître aux organes voisins. Comme l'a déclaré Albrecht, les ablations de strumites fistulisées depuis quelques mois sont toujours laborieuses à cause des adhérences devenues de plus en plus étroites entre la glande, la trachée et les vaisseaux.

Et puis, durant toute cette longue période de rétention du pus, les accidents infectieux de voisinage et septicémiques généraux auront eu le temps de se produire, si bien que l'intervention risque d'avoir lieu trop tard.

2° Enucléation secondaire intra-fébrile.

C'est pourquoi M. Delore décrivit, en 1902, une autre manière de faire, ce en quoi il fut suivi par plusieurs autres chirurgiens, notamment par le Professeur Jaboulay.

En général, il fait tout d'abord une incision de la strumite. Est-elle insuffisante ? Il n'hésite pas alors à pratiquer la strumectomie secondaire, précoce, intra-fébrile, sans trop tarder. Ainsi, lorsque, quelques jours après une large incision, les oscillations thermiques prouvent l'existence de la rétention du pus, si les pansements minutieux et fréquents ne tarissent pas l'écoulement, si l'infection diffuse dans les plans voisins et risque de provoquer les métastases pulmonaires, le chi-

urgien doit, sans tarder, pratiquer l'ablation de l'adénome thyroïdien suppuré.

OBSERVATION III

(Publiée dans la *Gazette hebdomadaire de Méd. et de Chir.*,
24 juillet 1902).

F. N., 36 ans, ménagère, demeurant à Collonges-sur-Saône, entre le 5 juin 1902, à 10 heures du soir, à la clinique de M. le professeur Poncet. Elle est atteinte de graves accès de suffocation, dépendant d'une strumite rétro-sternale suppurée.

Le cou est un peu gros depuis plusieurs années; toutefois, rien n'attirait l'attention de cette femme, qui nie avoir été affectée d'un goître.

Les accidents actuels ont débuté, il y a quatre jours, par une vive douleur dans la région sous-hyoïdienne et rétro-sternale; la respiration devenait rapidement embarrassée, fréquente, et la voix prenait l'enrouement et le timbre spécial qu'on a qualifiés, à juste titre, de voix goîtreuse. En même temps, les plans sous-sternaux augmentaient de volume, et les téguments prenaient là, peu à peu, une rougeur lymphangitique.

Au moment de l'entrée, le 6 juin, la dyspnée est intense, avec cyanose. Respiration : 40 par minute, avec tirage sus-claviculaire, cornage. Ces troubles respiratoires apparaissent menaçants dès que cette femme s'agite ou fait quelques mouvements. La voix est voilée. Le pouls est à 110, la température est de 39° le soir.

En avant du cou, et au-dessus de la fourchette sternale, on constate une tuméfaction rouge, douloureuse, immobile, même pendant les mouvements de déglutition. Quant à la trachée et au larynx, ils sont cachés au milieu de la tuméfaction générale. Les carotides battent en arrière et au dehors.

Aussitôt, nous pratiquons rapidement une incision médiane sus-sternale, nous écartons la peau, les muscles, et incisons enfin la glande thyroïde sur un point plus saillant, mais à peine fluctuant. Plongé à une profondeur de 3 à 4 centimètres dans le parenchyme glandulaire, le bistouri donne enfin issue

à de la sérosité purulente, horriblement fétide, contenant en suspension quelques grumeaux d'aspect caséeux.

La malade respire dès lors plus facilement, et sa voix reprend sa clarté et sa force. Un gros drain, des mèches de gaze, sont placés dans la cavité qui s'insinue derrière le sternum.

Le pus examiné contenait surtout des streptocoques mélangés à quelques cocci.

16 juin 1902. — La température est tombée assez rapidement à 38° dès le deuxième jour. Les accidents de suffocation n'ont plus reparu. Malheureusement, depuis le 11 juin, le thermomètre oscille entre 39°3 et 38°6. Depuis deux jours, la toux a pris un caractère inquiétant, elle est continuelle, coqueluchoïde la nuit. Enfin, la malade accuse un point de côté gauche. A l'auscultation, on constate des râles sibilants dans les deux poumons, et de la submatité avec respiration soufflante au niveau de la base gauche.

Le drain pénètre toujours à une profondeur de plus de 15 centimètres en arrière du sternum. La cavité n'a aucune tendance à la rétraction, malgré les pansements fréquents, et la rétention du pus est manifeste à chaque pansement.

La malade refuse l'anesthésie. Nous pratiquons une ablation du kyste, une énucléation intraglandulaire, après avoir agrandi l'incision primitive par deux incisions en forme de croix. La seule difficulté consiste à trouver le plan de clivage entre le tissu thyroïdien sain et la paroi kystique.

Pour y parvenir, nous devons introduire, à différentes reprises, l'index gauche dans le kyste lui-même. Mais, en somme, après quelques tâtonnements, qui tiennent surtout à l'hémorragie en nappe qui voile le champ opératoire, l'opération devient très simple. Le doigt décolle peu à peu les côtés de la paroi (occupant le lobe droit de la thyroïde), puis la face inférieure que nous faisons basculer peu à peu, au-dessus du sternum, enfin, la face postérieure. Cette manœuvre de décollement, avec le doigt, ne nous a pas paru plus compliquée que dans les strumectomies à froid.

Pansement à plat de la loge, limitée de toutes parts par du tissu thyroïdien congestionné.

Guérison rapide et sans aucun incident.

Le kyste enlevé a une épaisseur de 2 centimètres environ.

De grosses végétations font saillie sur sa face interne. Cette face est couverte de détritits sphacelés qui communiquent à la pièce une odeur de putrilage infect. L'élimination de tous ces produits aurait, sans doute, exigé de longs mois, avec tous les dangers qui sont la conséquence de cette durée de la suppuration.

OBSERVATION IV

(Publiée dans le *Lyon Médical*, 14 avril 1907)

Il s'agit d'une femme, âgée de 37 ans, sans antécédents particuliers, qui entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Roque, le 14 novembre 1906. Elle était alors malade depuis une quinzaine de jours, et présentait un état général grave, caractérisé par des frissons, de la fièvre (40°), de la céphalée, des vomissements et une légère albuminurie. Elle n'offrait pas de signes bien nets d'une localisation viscérale. Il existait cependant aux poumons des râles de bronchite diffus et l'expectoration était un peu purulente. D'autre part, sur le bord gauche du sternum, un peu au-dessus de l'appendice xiphoïde, on percevait un double bruit de va-et-vient qui fut considéré comme un frottement péricardique.

En présence de ces divers phénomènes, le diagnostic resta forcément hésitant. Le séro-diagnostic typhique, fait à deux reprises, fut négatif, ainsi que la recherche du pneumocoque dans les crachats, qui furent un jour un peu teintés et adhérents.

C'est seulement le 20 novembre, c'est-à-dire six jours après son entrée, que la malade attira l'attention sur le goître qu'elle portait depuis l'âge de 18 ans., date de sa première grossesse. Ce goître avait, en effet, augmenté un peu de volume depuis le début de sa maladie, et il était devenu le siège de vives douleurs à la pression.

Les jours suivants, ces phénomènes empirèrent et se précipèrent, et M. Roque fit passer la malade dans le service de M. Poncet, le 26 novembre.

L'état général était très grave, le teint plombé, terreux, le

facies couvert de sueurs abondantes. Au niveau du cou, la peau était chaude, tendue, soulevée par une tuméfaction de la thyroïde, siégeant surtout dans sa moitié droite. On percevait nettement de la fluctuation, bien que la poche fût sous tension. M. Delore fit immédiatement le diagnostic de strumite et pratiqua d'urgence l'évacuation de la collection, grâce à deux incisions, l'une antérieure; au voisinage de la ligne médiane, l'autre postéro-externe. Il s'écoula une quantité assez considérable de liquide phlegmoneux tout à fait typique. Un gros drain fut placé d'une incision à l'autre et la cavité bourrée de mèches de gaze.

Dans le pus, examiné bactériologiquement, on ne trouve que des streptocoques.

Les jours suivants, on pansa tous les jours la malade, et l'on surveilla attentivement le drainage. La température descendit à 38°, mais l'état général ne s'améliorait guère (délire, facies terreux). Aussi, le 5 décembre, à l'occasion d'une nouvelle poussée fébrile (38°6, 39°), M. Delore agrandit l'incision antérieure et pratiqua l'énucléation de la paroi de la poche, qui formait une coque fibreuse très épaisse, à surface intérieure végétante, tomenteuse, d'odeur très fétide et en voie de sphacèle. On remplit ensuite la cavité de mèches de gaze iodoformée.

Depuis, la malade est allée progressivement en s'améliorant. La bronchite, le frottement péricardique ont disparu. La vaste cavité, qui existait dans le lobe droit du corps thyroïde, a bourgeonné par la profondeur, s'est graduellement comblée. La guérison peut être considérée aujourd'hui comme définitive et la malade va quitter le service dans quelques jours.

3° Enucléation intra-fébrile primitive.

Mais, dès 1891, Kümmer préconisait la strumectomie primitive. Sans conseiller pour tous les cas l'extirpation totale, cet auteur croit cependant oser affirmer que, pour les strumites suppurées, l'extirpation primitive, si possible sans ouverture du kyste, doit être considérée, en

principe, comme le traitement idéal et, se basant sur deux succès, il propose la thyroïdectomie primitive hémilatérale contre les strumites.

OBSERVATION V (résumée)

(Publiée dans la *Revue de Chirurgie*, 1891)

Mlle Lina R..., 26 ans, entre comme cas d'urgence à l'hôpital Butini, à Genève, le 20 octobre 1890. Elle souffre d'une dyspnée considérable survenue à la suite d'une enflure du cou. Dès l'âge de douze ans, la malade a eu le cou gros. Huit jours avant son entrée à l'hôpital, la malade fut, sans cause apparente, atteinte de maux de ventre et de diarrhée, attribués par elle à des raisins. Malgré l'emploi de divers médicaments, le dérangement intestinal persévéra, accompagné de fièvre, jusqu'à la veille de l'entrée à l'hôpital; il s'agissait d'une fièvre typhoïde.

Deux jours après le début de ce dérangement, la malade sentit des douleurs dans le côté droit du cou qui, subitement, enfla considérablement; l'enflure augmenta encore, la peau devint infiltrée, douloureuse à la pression, en même temps que la malade se sentit oppressée, au point de ne pouvoir rester étendue dans son lit.

A l'entrée de la malade : respiration, 45; pouls, 135; température, 38°3. Le cou est tuméfié, surtout du côté droit; à cet endroit, la peau, d'aspect normal, mobile, est légèrement infiltrée; la pression avec le doigt est douloureuse. Le muscle sterno-cleido-mastoïdien est soulevé, la carotide déjetée en arrière; le larynx est déjeté à gauche. La tuméfaction du côté droit du cou est de consistance dure, partout égale, à surface lisse; la tumeur monte un peu par la déglutition; du côté gauche du larynx et de la trachée, se trouve également une tuméfaction, mais de consistance beaucoup plus molle que celle du côté droit et qui n'est pas douloureuse à la pression. La voix n'est pas rauque. Au laryngoscopé, on constate une torsion évidente du larynx, avec sa partie postérieure à gauche.

Les mouvements des cordes vocales sont normaux; point d'infiltration de la muqueuse. Sur les deux poumons, on entend des râles secs. Nous admettons une strumite du lobe droit de la glande thyroïde; et le lendemain, nous procédons à l'extirpation de ce lobe.

Les suites de l'opération furent des plus simples. La température la plus élevée (38°2) a été observée le soir du lendemain de l'opération. Plus tard, le moignon, derrière la ligature en masse se nécrose, et est expulsé sans fièvre. La malade est maintenant parfaitement guérie.

OBSERVATION VI

(Publiée dans la *Revue de Chirurgie*, 1891)

Mme R..., 31 ans, entre à l'hôpital Buttini, le 17 septembre 1890, pour une enflure au cou, accompagnée de douleur, qu'elle fait remonter au 15 juillet 1890, date des quatrième et dernières couches.

Jeune fille, la malade avait déjà le cou gros et, après son mariage, le cou grossissait avant chacune de ses couches pour diminuer ensuite.

Après les dernières couches, le cou, au lieu de diminuer, augmenta de volume, en causant de la dyspnée. Les couches avaient été normales, à l'exception d'une hémorragie qui se manifesta quelques jours après, mais cessa promptement sans aucun traitement spécial.

Le 22 août dernier, à 2 heures de l'après-midi, la malade fut, sans cause apparente, prise d'un frisson qui dura deux heures. Peu après, le cou commença à enfler et à devenir douloureux à la pression, surtout du côté gauche; les douleurs s'irradient jusque derrière l'oreille gauche.

L'application de compresses, de pommades, calma peu à peu les douleurs; cependant, la malade, dont la respiration était bien gênée, vint nous consulter vers le 15 septembre. Elle ne connaît aucune cause à cette brusque crise, survenue le 22 août, et dit expressément n'avoir souffert à ce moment, ni de diarrhée, ni d'angine, ni de laryngite; elle est convaincue que c'est à ses dernières couches qu'il faut imputer l'affection du

cou. A l'examen, la malade présente les symptômes suivants : le cou est enflé, particulièrement du côté gauche, où la peau est infiltrée et légèrement rougeâtre; cette tuméfaction monte et descend lors de la déglutition; le muscle sterno-cléido-mastoidien est soulevé; l'artère carotide gauche déjetée en arrière. La tuméfaction est de consistance dure, sa surface bosselée, douloureuse à la pression; le bord de la tumeur arrive jusqu'au milieu de la hauteur du cartilage thyroïde; il n'est pas possible de palper le pourtour inférieur de la tumeur, même lors de la déglutition. La tumeur plonge derrière la clavicule, où elle produit une matité jusqu'au point d'insertion de la deuxième côte. Du côté droit de la trachée, on sent le lobe droit de la glande thyroïde de volume à peu près normal, de consistance molle et contenant quelques noyaux plus durs. Derrière le muscle sterno-cléido-mastoidien droit, on sent une série de petits noyaux qui pourraient correspondre à des glandes lymphatiques engorgées.

Les poumons, le cœur et l'abdomen ne présentent rien d'anormal. La malade n'a pas de fièvre. Tout porte donc à croire que l'on a affaire à une strumite développée dans le corps inférieur de la glande thyroïde gauche. La malade n'ayant pas de fièvre, on se contente de combattre, pendant la première quinzaine de son séjour, les symptômes d'inflammation locale par des pommades et des compresses.

Aucune amélioration n'étant survenue, la malade accepta alors une opération, qui eut lieu le 1^{er} octobre 1900.

Il semble que Kümmer aurait dû faire la strumectomie dans ces cas et nullement une thyroïdectomie, bien que son opération offrit des avantages. Ne serait-ce que la netteté qu'offre le champ opératoire, qui n'est souillé ni par le sang, puisqu'on lie les vaisseaux par avance, ni par le pus qui n'est pas vidé au milieu de la plaie, puisqu'il est enkysté et qu'on enlève le kyste en entier, on doit comprendre l'enthousiasme qu'a eu ce mode de traitement.

Depuis, Jaboulay et le Professeur Bérard ont fait maintes fois cette opération avec succès.

Dans un cas de strumite aiguë chez une femme de 34 ans, MM. Delore et Chalier ont pratiqué une strumectomie primitive avec un résultat parfait au douzième jour; et, récemment, M. le Professeur Patel, dans son service de l'hôpital de la Croix-Rousse, a procédé à l'énucléation primitive d'un kyste thyroïdien suppuré, comprimant le sympathique droit, avec cicatrisation complète une douzaine de jours après l'intervention.

OBSERVATION VII

(Publiée dans le *Lyon Médical*, 14 avril 1907)

Strumite aiguë. Strumectomie primitive.

Mme X..., 34 ans, sage-femme, Tournon (Ardèche).

A douze ans, apparition d'un goître, traité médicalement. Rétrocession partielle. A vingt ans, nouvelle poussée, enrayée par la même médication. Se marie à 23 ans. A 4 grossesses : chaque fois, le goître augmente, pour régresser après.

Soignée depuis trois ans pour des lésions de tuberculose pulmonaire. En novembre 1905, une poussée plus aiguë du côté des bronches, s'est accompagnée d'otite moyenne suppurée et de troubles cérébraux, ayant fait craindre une méningite. Depuis lors, le goître a beaucoup grossi. En janvier 1906, il est très volumineux, développé surtout à droite, refoulant à gauche le larynx et la trachée, et s'étalant en arrière, sous le sterno-cléido-mastoïdien, vers la nuque. Phénomènes douloureux très accusés. Fièvre, accès de suffocation.

Opération le 13 janvier 1906 (Delore). Une incision antérieure donne issue à 4 ou 500 grammes de pus, contenu dans une cavité plongeant un peu derrière le sternum. Il existe, en arrière, une perforation de la coque thyroïdienne, invasion du cou, en arrière du sterno-mastoïdien. On fait, à ce niveau,

une contre-ouverture. Puis, on fait l'ablation du noyau thyroïdien, qui est énucléable, quoique difficilement.

Drainage avec mèches et drains.

Amélioration immédiate.

Guérison le 26 janvier.

OBSERVATION VIII

(Recueillie dans le service de M. le professeur PATEL)

Il s'agit d'une jeune femme, G... Marie, âgée de 23 ans, domestique à Lyon.

Il n'y a rien à signaler dans ses antécédents héréditaires.

Au point de vue personnel, la malade a toujours joui d'une assez bonne santé, exception faite d'une broncho-pneumonie contractée à l'âge de sept ans, d'angines répétées et d'une hydarthrose au genou, à l'âge de 16 ans, à la suite d'un choc.

Réglée à 17 ans, assez irrégulièrement, puisqu'elle reste parfois deux ou trois mois sans écoulement menstruel, ses règles sont toujours accompagnées de douleurs.

Trois mois environ avant son entrée à l'hôpital, la malade s'est aperçue de l'apparition, au cou, d'une grosseur qui a augmenté progressivement de volume.

Il y a trois semaines, la malade a été hospitalisée dans le service de M. Chaliier pour une affection gastrique, et c'est de là qu'elle est passée dans le service chirurgical de M. Patel. En effet, il y a une quinzaine de jours, est apparue une angine, et depuis cette époque, la malade a senti que son goître augmentait de volume et que de la partie médiane du cou où il était localisé tout d'abord, il s'étendait à la région latérale droite.

A l'entrée dans le service, la malade présente comme symptômes généraux : de la pâleur, de l'anorexie, une langue saburrale. L'angine a disparu; mais il persiste une douleur intermittente, dont le début remonte à celui de l'angine.

A l'inspection et à la palpation, on trouve une tuméfaction douloureuse, fluctuante, occupant en partie le lobe médian et tout le lobe droit du corps thyroïde. L'inspection du visage

décèle une légère asymétrie faciale; en outre, la fente palpébrale est moins ouverte à droite qu'à gauche; il y a du myosis à droite et de l'énophtalmie. Les réflexes pupillaires sont normaux.

Il n'y a rien d'anormal au cœur ni aux poumons. Le pouls bat à 72 et la température est tombée de 39° à 37°5.

Il s'agit évidemment d'une strumite accompagnée de compression du sympathique droit.

M. le professeur Patel pratique l'intervention le 22 mai. Après une incision latérale curviligne, il arrive sur un noyau thyroïdien renfermant un liquide hématique nettement suppuré; il fait l'énucléation de la poche, malgré des adhérences un peu fortes, et termine par la suture hémostatique.

Depuis, la guérison s'accroît chaque jour; le 3 juin, la cicatrisation est complète et les troubles dus à la compression du sympathique droit ont une tendance nette à régresser.

Même dans les strumites fibreuses non suppurées et spécialement dans les strumites cancéroformes, Ricard préconise également l'ablation de toutes les parties malades, même si c'est au prix d'énormes délabrements.

Nous croyons, en effet, que, dans les strumites suppurées, on peut recourir d'emblée à l'extirpation de la poche; mais, étant donnée la gravité relative des thyroïdectomies, nous donnons la préférence à l'énucléation intra-glandulaire ou strumectomie. En effet, le chirurgien doit, avant tout, chercher à énucléer, aussi bien dans la cure des strumites que dans celle des goîtres non enflammés. Il aura ainsi l'avantage de guérir plus sûrement et plus rapidement ses malades, de leur laisser des traces moins palpables de son passage et surtout de ne pas les exposer au triste myxoedème opératoire.

Depuis longtemps on a remarqué que la strumite a souvent pour effet de faire disparaître le goître; on pour-

rait peut-être attendre une rétrocession spontanée de la prolifération thyroïdienne, après son inflammation.

Au XVII^e siècle déjà, Marc-Aurèle Séverin parle de la guérison d'une bronchocèle, c'est-à-dire d'un goître, à la suite de sa suppuration. Ce mode de guérison ne diffère en rien par son mécanisme de la guérison artificielle qu'on obtenait, à l'aide de la méthode sclérogène, en injectant dans les cavités d'un goître kystique des liquides irritants pour amener le retrait de la tumeur. Du reste, il est fait mention de cette heureuse terminaison dans plusieurs observations. Dans un cas recueilli par Veil, dans le service de M. Huchard, le malade fut débarrassé de son goître par le même mécanisme. Dans un cas de L. Starr, l'influence curative de la strumite est d'autant plus remarquable que le goître était énorme et avait, à plusieurs reprises, donné lieu à des accès de suffocation. Et même, à la suite de ces atrophies scléreuses du corps thyroïde, jamais on n'a signalé l'apparition du myxœdème qui succède à l'extirpation totale de la glande; c'est que l'inflammation et la suppuration n'intéressent pour ainsi dire jamais tout le parenchyme glandulaire; or nous savons depuis longtemps que, tant qu'il subsiste une parcelle de tissu sain, les accidents qui caractérisent la cachexie strumiprive n'apparaissent pas.

Mais nous avons vu déjà combien il serait dangereux de compter sur cette régression spontanée.

M. Delore a fait remarquer que la bénignité et l'efficacité, bien souvent constatée, de l'incision simple et du drainage semblent restreindre singulièrement les indications de l'ablation primitive des strumites. On

se trouve, en effet, la plupart du temps, en présence d'accidents respiratoires, d'un mauvais état général, d'un abcès nettement formé et une intervention simple et rapide se présente seule à l'esprit : l'incision pour évacuer le pus.

Mais pourquoi, tout de suite après l'incision, ne pas penser à aller décortiquer l'enveloppe de l'abcès, c'est-à-dire à faire une strumectomie primitive intra-fébrile ? Parce que, presque toujours, tout va s'éliminer après un bon drainage et parce qu'on ne peut prévoir quelles seront les strumites rebelles à l'incision !

Certains chirurgiens admettent que, dans quelques circonstances particulières, notamment s'il s'agit de strumites rétro-sternales, dans certaines conditions favorables et surtout si le malade est bien résistant, on peut pratiquer la strumectomie intra-fébrile primitive. Mais pourquoi ne pas généraliser ? C'est précisément parce qu'il y aura des strumites rebelles à l'incision qu'il est préférable d'empêcher la prolongation d'une suppuration par l'ablation immédiate du foyer de la maladie.

Et puis, même en admettant le cas le plus favorable, en supposant que l'incision seule guérisse complètement une strumite, qui osera affirmer que l'affection ne récidivera pas ? Les mêmes causes locales, qui avaient fait de la glande thyroïde goîtreuse un lieu de moindre résistance et un milieu favorable à la prolifération microbienne, subsistent. A propos d'une nouvelle infection de l'organisme, le goître qui n'a pas été enlevé peut s'enflammer et suppurer une deuxième fois et, à ce moment peut-être, les accidents de suffocation seront plus graves ou alors la seconde incision devra être

suivie de l'énucléation. Nous savons que, chez certaines femmes goîtreuses, chaque grossesse, voire même chaque période menstruelle, s'accompagne d'une poussée inflammatoire dans le goître. Ces accidents ne se reproduiraient plus si, au moment de la première suppuration, l'énucléation de la partie malade avait été pratiquée. On éviterait ainsi aux patientes des interventions désagréables, répétées, qui ne leur laissent jamais l'espoir d'une guérison radicale, définitive, car il ne faut pas oublier que le corps thyroïde touche et engaine presque la trachée, que l'inflammation glandulaire peut, d'un moment à l'autre, envahir cette trachée et que cette complication peut être des plus graves.

Enfin, une autre considération doit faire préférer en principe l'extirpation d'une strumite suppurée à toute autre méthode de traitement : c'est le fait que l'infection se développe dans une glande hypertrophiée, déjà malade, qui, elle-même, est justiciable de l'énucléation. Le goître, même après une incision de la strumite, peut continuer à s'accroître par le seul fait de la néoformation ; ou bien encore une hémorragie peut se développer dans un goître kystique avec autant de brusquerie que la strumite et s'accompagner souvent de douleurs intenses ; enfin certains goîtres peuvent se cancériser, devenir sarcomateux et affecter les allures d'affections aiguës et fébriles.

Dans un cas cité par Kümmer et Tavel, « la malade souffrait de dyspnée depuis bien des années, et, au cours de l'opération, nous avons trouvé, disent ces auteurs, la trachée bilatéralement comprimée, en forme de gaine de sabre. Il est évident que l'extirpation de la moitié

droite de son goître produira pour la malade un soulagement considérable et permanent, résultat qui n'aurait certainement pas été obtenu par la simple incision ». (Kümmer et Tavel, « Revue de Chirurgie », 1891).

Du même coup aussi peuvent disparaître les perturbations causées par l'infection dans les sécrétions de la glande malade engendrant les troubles généraux de l'hyperthyroïdation, de la dysthyroïdation ou de l'athyroïdation.

CHAPITRE IV

Technique opératoire de l'énucléation intra-fébrile

Le manuel opératoire de la strumectomie n'offre pas de particularités vraiment dignes d'intérêt. L'énucléation primitive, pas plus que celle pratiquée secondairement, n'offre aucun inconvénient. Déjà Kümmer prétendait que les difficultés techniques de l'extirpation d'une strumite aiguë, comparées à celles de l'extirpation d'un goître ordinaire, ne sont, en règle générale, guère plus considérables ; « elles le sont même moins, disait-il, que pour certains cas de goîtres parenchymateux, pour lesquels il serait tout à fait rationnel de provoquer artificiellement une inflammation aiguë (par l'injection de certaines substances chimiques) afin d'en faciliter l'excision. »

Ici, comme dans toute énucléation intraglandulaire, le doigt cherchera le plan de clivage périkystique et accomplira seul la plus grande partie du décollement. D'ailleurs, la marche à suivre en a déjà été indiquée par M. Delore.

Le tracé n'a pas une grande importance ; ce sera celui que l'on fait dans les cas où on pratique des opérations sur le corps thyroïde. La difficulté n'est pas là ;

il faut sentir le point fluctuant et arriver jusqu'à lui. Méthodiquement on incisera les plans musculaires et on arrivera jusqu'à la capsule thyroïdienne.

Supposons que l'abcès siège directement sous elle et soit unique : on l'énucléera à l'aide du doigt comme si on pénétrait sous une épaisseur telle que l'écorce d'une orange.

Si l'abcès est séparé de la périphérie de la glande par le tissu thyroïdien lui-même, il faudra inciser ce dernier. Mais alors l'hémorragie inonde le champ opératoire et ce n'est plus que par le doigt qu'on doit être guidé dans l'opération.

L'incision de la glande saine devra être limitée par la sensation que fournira le bistouri arrivant sur l'enveloppe de l'abcès.

Si, au milieu du parenchyme de la glande, ou bien d'une collection purulente, il s'en trouve plusieurs disposées en îlots, on ira de l'une à l'autre en incisant le parenchyme glandulaire et en vidant le contenu par l'extraction de la poche entière sans l'ouvrir.

Le traitement idéal préconisé par Kümmer semble donc réalisé puisqu'on libère la poche purulente sans l'ouvrir.

Les inconvénients de cette méthode de traitement sont plus théoriques que réels. On a objecté que la vascularisation de la région, exagérée par le fait même de l'existence de la tumeur, était un obstacle dont il fallait tenir grand compte. Mais nous avons vu que c'était précisément l'incision qui exposait à l'hémorragie, par la béance qu'elle créait. En tout cas, l'hémorragie, qu'on peut redouter « a priori » n'est pas beaucoup plus abon-

dante que celle qui accompagne l'ablation d'un goître nodulaire ordinaire et on en vient facilement à bout, en peu de temps, par une simple compression avec des tampons. Le choc opératoire est peu intense et, en somme, la gravité de l'intervention est moins sérieuse qu'on le croirait « a priori ».

Par contre, si les inconvénients de l'énucléation sont plus apparents que réels, les avantages qu'elle procure sont incontestables : ce sont la suppression du foyer de rétention, l'unification d'une cavité infectée, pansée à ciel ouvert, la suppression d'accidents survenant à titre de complications, surtout du côté de l'appareil respiratoire, et le professeur Poncet avait déjà raison de déclarer, dans la séance du 30 juin 1902, à la Société Nationale de Médecine de Lyon, que l'énucléation dans les strumites était une opération « digne d'attirer l'attention des chirurgiens français. »

CONCLUSIONS

1° Dans la thérapeutique des strumites suppurées, on emploie soit l'incision simple, suivie du drainage, soit l'incision suivie de l'extirpation secondaire de la poche.

2° L'incision simple présente de nombreux inconvénients : rétention du pus, surtout dans les poches rétro-sternales, avec dangers d'infection de voisinage et de septicémie ; elle sera pourtant suffisante dans les cas de kystes suppurés à paroi mince et dont la virulence microbienne est faible (strumites typhiques).

3° Seule, l'énucléation du goître suppuré constitue le traitement radical, surtout lorsqu'il s'agit d'adénomes thyroïdiens, à contenu colloïde ou plus ou moins solide.

De préférence à l'énucléation secondaire, pratiquée dans la période postfébrile et même dans la période intrafébrile, lorsqu'une première incision a été insuffisante, il vaudra mieux employer de parti pris (et la chose paraît souvent possible), l'énucléation primitive qui, elle seule, met le malade d'emblée et d'une façon

définitive à l'abri de toute récidence et de toute complication.

4° D'ailleurs la gravité opératoire n'est pas très grande et les avantages incontestables de cette intervention la font s'imposer chaque jour de plus en plus.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
L. BERARD,

Vu :
LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 13 Novembre 1920.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BAUCHET. — De la thyroïdite (goître aigu) et du goître enflammé (goître chronique enflammé). *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 1857, t. IV, pp. 19, 52, 75, 92.
- BÉRARD. — Art. Corps thyroïde, fasc. 20, in « Nouveau Traité de Chirurgie », de Le Dentu et Delbet.
- CHALIER. — Société des Sciences médicales de Lyon, in *Lyon Médical*, 14 avril 1907.
- DELEUIL. — Thyroïdectomie dans les thyroïdites aiguës suppurées. *Thèse de Lyon*, 1902.
- DELORE. — De la thyroïdectomie dans les thyroïdites aiguës suppurées. *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, Paris, 24 juillet 1902.
- JABOULAY, V. VIANNAY. — Strumectomie secondaire un mois après l'incision d'une strumite. *Province médicale*, 25 août 1900.
- JEANSELME. — Thyroïdites et strumites infectieuses. *Revue générale, Gazette des Hôpitaux*, n° 15, 1895.
- KÜMMER et TAVEL. — Deux cas de strumite hémotogène. Étiologie et traitement. *Revue de Chir.*, 1891.
- LEPETIT. — Thyroïdite suppurée. *Société de Médecine de Gannat*, in *Province Médicale*, 1909, p. 61.
- RICARD et LAUNAY. — Traité de Thérapeutique chirurgicale.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
PREMIÈRE PARTIE. — Des strumites.....	9
DEUXIÈME PARTIE. — Leur traitement.....	13
CHAPITRE PREMIER. — De l'incision simple et du drainage consécutif	13
CHAPITRE II. — De l'énucléation.....	21
CHAPITRE III. — A quelle époque faut-il pratiquer l'énucléation ?.....	23
1° Enucléation secondaire post-fébrile.....	23
2° Enucléation secondaire intra-fébrile.....	25
3° Enucléation intra-fébrile primitive.....	29
CHAPITRE IV. — Technique opératoire de l'énucléation intra-fébrile	41
CONCLUSIONS	45
BIBLIOGRAPHIE	47
